

TERMO DE ADESÃO PARA FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO QUIMIOTERÁPICO VIA ORAL

Nome do beneficiário	
Número da carteirinha	Plano
Endereço	CEP
E-mail	Telefone
Nome do medicamento	
Médico solicitante	CRM

Prezado beneficiário, leia com atenção os termos e condições abaixo antes de preencher o formulário.

1. Estou ciente de que o início do recebimento do medicamento somente ocorrerá após elegibilidade das informações.

2. Estou ciente que todos os medicamentos quimioterápicos via oral dquiridos pelo programa devem estar de acordo com as Diretrizes de Utilização Técnica para cobertura de procedimentos na saúde suplementar - RN 465/2021 e suas alterações.

3. Estou ciente de que devo renovar a receita médica e o laudo junto ao médico assistente, a cada 180 dias, ou caso haja alteração do tratamento.

4. Caso haja a interrupção ou cancelamento do tratamento comprometo-me a notificar de imediato a Eletros-Saúde.

5. O medicamento quimioterápico oral somente poderá ser utilizado por mim, beneficiário informado neste termo.

6. Estou ciente das sanções previstas no regulamento do plano de saúde, capítulo VII, em caso de constatação de utilização indevida do medicamento.

Para formalização do benefício devem-se observar os seguintes requisitos:

- 1. Prazo:** a solicitação para análise deverá ocorrer **em até 10 dias úteis após o recebimento da documentação** necessária e o resultado da segunda opinião médica especializada;
- 2. Forma:** preencher e assinar o presente formulário;
- 3. Procedimento:** encaminhar o presente documento preenchido e assinado para o Atendimento da Eletros-Saúde, pelo e-mail: **atendimento@eletrossaude.com.br - em formato PDF.**

Li e concordo com as regras que regem o fornecimento de medicamento quimioterápico oral e por livre iniciativa requero o fornecimento do mesmo, conforme prescrição médica.

Assinatura

Rio de Janeiro, _____



Rua Uruguaiana, 174 - 7º andar
Rio de Janeiro – Brasil – CEP: 20050-092

Tel.: 2139003132

www.eletrossaude.com.br